

Etude comparative
des hémorragies intra-crâniennes
du nouveau-né au cours de deux périodes
de 3 ans
séparées par un intervalle de 15 ans

Clinique obstétricale de Lyon
Années 1943-1944-1945 et 1958-1959-1960

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 14 Mars 1961

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean RAMEAU

Né le 27 Mars 1931, à LONGWY (Meurthe-et-Moselle)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1961

ETUDE COMPARATIVE
DES HÉMORRAGIES INTRA-CRANIENNES
DU NOUVEAU-NE
AU COURS DE DEUX PÉRIODES DE TROIS ANS
SÉPARÉES PAR UN INTERVALLE DE 15 ANS

CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LYON
ANNÉES 1943, 1944, 1945 et 1958, 1959, 1960



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553627_0008

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1961 — N° 48

Etude comparative
des hémorragies intra-crâniennes
du nouveau-né au cours de deux périodes
de 3 ans
séparées par un intervalle de 15 ans

Clinique obstétricale de Lyon
Années 1943-1944-1945 et 1958-1959-1960

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 14 Mars 1961

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean RAMEAU

Né le 27 Mars 1931, à LONGWY (Meurthe-et-Moselle)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gaillardon, 42

1961

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen Honoraire	M. J. LEPINE.
Doyen	M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut.
Assesseur	M. M. LEVRAT.

Professeurs Honoraires : MM. COLLET, GUIART, CADE, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

PROFESSEURS

Physiologie	MM. HERMANN.	Botanique et cryptogamie	MM. NETIEN.
Clinique urologique	CIBERT	Clinique chirurgicale C	BERTRAND.
Physique biologique	PONTHUS (dét. à Beyrouth).	Chimie analytique pharmaceu- tique	BADINAND.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale	DECHAUME.	Pharmacie et Pharmacologie ..	DREVON.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire	ROCHET.	Médecine légale et déontologie	ROCHE.
Chimie organique et toxicologie	CHAMBON.	Parasitologie et pathologie exotique	COUDERT.
Clinique chirurgicale B	WERTHEIMER.	Clinique oto-rhino-laryngologi- que	MOUNIER-KUHN.
Clinique médicale B	PAUPERT- RAVAULT.	Clinique ophtalmologique	PAUFIQUE.
Clinique et prophylaxie cardio- vasculaires	FROMENT.	Clinique de dermatologie, sy- philigraphie et allergologie.	THIERS.
Clinique médicale C	CROIZAT.	Clinique de pneumo-ptsisiolo- gie	BRUN.
Chimie biologique et médicale	ENSELME.	Clinique traumatologique des membres	CREYSSEL Jean.
Clinique chirurgicale A	MALLET-GUY.	Cancérologie	DARGENT.
Clinique chirurgie orthopédique et de chirurgie infantile	GUILLEMINET.	Anatomie pathologique	GUICHARD.
Pharmacie galénique et ma- tière médicale	REVOL.	Pathologie générale et expéri- mentale	GIRARD Paul.
Clinique gynécologique	POLLOSSON.	Anatomie	LATARJET.
Clinique obstétricale	PIGEAUD.	Pathologie chirurgicale	PEYCELON.
Médecine du travail	BOURRET.	Thérapeutique	GIRARD Marcel.
Clinique médicale A	LEVRAT.	Pathologie médicale	VACHON.
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER.	Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY.
Clinique stomatologique	DUCLOS.	Histologie	KEHL.
Clinique médicale et hygiène du premier âge	BERNHEIM.	Radiologie	PAPILLON.
Biologie médicale et pharma- codynamie	JOURDAN.	Clinique des maladies infec- tieuses et bactériologie ..	X...
		Hydrologie thérapeutique, cli- matologie et écologie sociale	X...

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM. BERGER.
Technologie pharmaceutique	DORCHE.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique	MM. BANSILLON.	Physiologie	MM. CHATONNET.
Parasitologie	ROMAN.	Pharmacie et pharmacologie ..	CIER André.
Bactériologie	BERTOYE.	Chimie organique et toxicologie	PERROT Louis.
Physiologie	CIER J.-François.		

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie pathologique	MM. FEROLDI.	Histologie	MM. DUMONT L.-P.
Chimie biologique et médicale	CREYSSEL Roger.	Parasitologie	GARIN J.-Paul.
Anatomie	DUROUX Emile.	Physique	MORET Robert.
Thérapeutique	BRETTE René.	Botanique et cryptogamie ...	ODDOUX Lucien
Hygiène	THIVOLLET J.		

AGREGES EN EXERCICE

Neuro-chirurgie	MM. LECUIRE.	Maladies infectieuses	MM. MONNET Paul.
Cardiologie	GONIN André.	O.R.L.	GIGNOUX M.
Obstétrique	MATHIEU J.	Stomatologie	FREIDEL Ch.
Orthopédie	MARION Joseph.	Médecine générale	PLAUCHU M.
Propédeutique médicale	PONT Maurice.	Pathologie médicale	DEVIC Michel.
Pathologie médicale	VIGNON G.	Médecine légale	COLIN Marcel.
Pathologie médicale	REVOL Louis.	Neurologie	GUYOTAT Jean.
Pathologie chirurgicale	JAUBERT de BEAUJEU.	Obstétrique	DUMONT M.
Médecine générale	TRAEGER Jules.	Urologie	DURAND L.-N.
Pathologie chirurgicale	GUILLEMIN G.	Chirurgie générale	FRANCILLON J.
Obstétrique	BURTHIAULT R.	Médecine générale	DESPIERRES Ch.
Pédiatrie, Puériculture	FRANÇOIS René.	Chirurgie générale	de MOURGUES G.
Médecine générale	GUINET Paul.	Chirurgie générale	SAUBIER E.
Pathologie chirurgicale	SAUTOT Jean.	Dermatologie	COLOMB Daniel.
Chirurgie générale	MARION Pierre.	Médecine du travail	TOLOT François.
Chirurgie générale	MICHAUD Pierre	Neurologie, Psychiatrie	SCHOTT B.
		Ophtalmologie	BONAMOUR G.

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : M. PIGEAUD ; Assesseurs : MM. MAGNIN,
DUMONT M. et BURTHIAULT.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PERES

A MES GRANDS-MERES

Leur vie de labeur et de probité restera pour moi le plus bel exemple.

A LA MEMOIRE DE MA COUSINE Maria MERCIER

Qui entourait notre enfance de sa souriante affection.

A MES PARENTS

C'est à eux que je dédie ce travail, faible témoignage de ma reconnaissance et de mon profond amour.

A MA BELLE-FAMILLE

A MA FEMME

Pour l'authentique bonheur qu'elle m'ap-
porte.

A MES DEUX FILS, Jean-François et Frédéric

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur H. PIGEAUD

Professeur de Clinique Obstétricale

Son précieux enseignement est pour nous d'une importance considérable.

Ce fut un grand honneur de nous voir confier cet intéressant travail.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer ici notre très respectueuse admiration.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé P. MAGNIN
Accoucheur des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé M. DUMONT
Accoucheur des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Agrégé R. BURTHIAULT

En hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur H. GABRIEL

Chef de Clinique à la Faculté

Il nous a inspiré le sujet de cette Thèse
et nous a toujours conseillé avec cordia-
lité et bienveillance.

Qu'il soit assuré de nos remerciements
et de notre respectueux attachement.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE LYON

A NOS MAITRES DES HOPITAUX CIVILS
ET DE L'ECOLE DE MEDECINE DE GRENOBLE

INTRODUCTION

Au cours de notre stage obstétrical, notre intérêt fut particulièrement centré sur plusieurs cas d'hémorragies méningées du nouveau-né. En nous honorant du présent sujet de Thèse, M. le Professeur Pigeaud nous fait participer à l'étude d'un des sujets de la pathologie néo-natale qui nous tient particulièrement à cœur.

De toutes les lésions viscérales observées chez le nouveau-né soit au moment même de la naissance, soit au cours des premiers jours de la vie extra-utérine, les hémorragies intracrâniennes sont de loin les plus intéressantes.

En effet : depuis Couvelaire en 1904, les auteurs ont toujours insisté sur leur fréquence et leur gravité immédiate. Rhenter écrivait en 1930 : « plus d'un nouveau-né sur cent meurt d'hémorragie méningée ». Et l'on mesure actuellement leurs conséquences lointaines souvent sévères.

Nous savons aussi qu'elles peuvent constituer toute une série de tableaux cliniques suffisamment précis et évocateurs pour être reconnues et diagnostiquées précocément.

Mais leur originalité actuelle vient du fait que l'hémorragie méningée *« représente une des formes cliniques d'une maladie particulière aux nouveau-nés. Maladie sous la dépendance de facteurs pathogènes divers qui s'associent, s'intriquent dans le cadre du traumatisme obstétrical »* (H. Pigeaud).

En effet, la notion de traumatisme obstétrical a largement débordé le cadre purement mécanique que lui attribuaient les premiers auteurs.

Depuis la description princeps de Cruveilhier, en 1832, Duges, quelques années plus tard, signalait son existence chez un enfant mort-né de mère éclamptique.

Contribuant à l'étude étiologique et pathogénique, les travaux lyonnais de Voron et Pigeaud dégagent l'importance des causes médicales et apportent une analyse anatomo-pathologique détaillée dans les Thèses de Barbe, en 1929 et de Fischer, en 1931.

Lantuéjoul rapporte que pour 25 % des cas, il s'agissait d'un accouchement spontané du sommet, indemne de tout incident. Ces cas étaient expliqués par « l'hérédité », la syphilis, une infection, une intoxication maternelle (néphropathie, diabète) ou une diathèse hémorragipare indéterminée.

P.-E. Weill, Portes et Varangot incriminent pour nombre de ces cas obscurs une insuffisance en prothrombine, elle-même dépendant d'une carence en vitamine K.

Actuellement, un nouveau et très important chapitre s'ouvre sur la physiologie et la pathologie du Prématuro, le rôle fondamental de l'anoxie même minime, la physiologie et les modes de réaction très particuliers de son système circulatoire, notamment au niveau des capillaires.

Dès 1934, M. H. Pigeaud signalait cet aspect de la physiopathologie autonome de la période pré et néo-natale. MM. Brochier et Gabriel, en 1956, dans un article de *l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale* en font une analyse particulièrement détaillée. Signalons enfin la Thèse de Décoppet, inspirée par M. Giraud de Marseille, qui apporte une contribution importante à l'étude des réactions circulatoires cérébrales consécutives à l'anoxie.

De telle sorte que l'accoucheur, lorsqu'il aborde le problème de l'hémorragie méningée, n'entame plus un plaidoyer légitimant les manœuvres de force antérieurement et exclusivement jugées comme responsables. Il juge et agit dans un cadre beaucoup plus large, et axe sa conduite selon une idée directrice : la prophylaxie.

De cette connaissance de plus en plus précise de la pathogénie, découle une attitude thérapeutique nouvelle que nous allons maintenant résumer.

De par les mesures sociales, nous assistons à une amélioration de l'hygiène de vie en général et de l'hygiène de la femme enceinte en particulier. Nous constatons une diminution du nombre des accouchements prématurés et un accroissement de la qualité du produit de concept.

L'institution des Consultations Prénatales obligatoires a pour corollaires :

— un dépistage systématique des grossesses pathologiques ; néphropathies gravidiques, iso-immunisations...

— une surveillance plus stricte et un traitement des affections maternelles pré-existantes, susceptibles de retentir sur la grossesse ; telles que les cardiopathies, les affections pulmonaires, endocriniennes, infectieuses, notamment la syphilis.

— un dépistage en fin de grossesse des causes de dystocie maternelle ou fœtale, permettant souvent d'étudier bien avant terme quelle sera la conduite à tenir la moins traumatisante. Signalons, à ce sujet, l'apport capital de la radio-pelvimétrie dans l'étude des dystocies osseuses.

De plus, la gamme des moyens obstétricaux se trouve modifiée tant en qualité qu'en quantité. Dans ce cadre, signalons en premier lieu la césarienne qui voit sa gravité nettement diminuée et ses indications élargies et codifiées de façon précise. Notons le rôle non moins important de l'accouchement prophylactique avant terme. Rappelons les conceptions nouvelles de l'Accouchement dirigé qui écourte la durée du travail et tache de prévenir la moindre souffrance fœtale ou maternelle. Ceci, grâce à l'enseignement dispensé aux femmes enceintes aux cours des séances psycho-prophylactiques et visant à l'obtention d'un état de relaxation optimum, grâce à l'emploi judicieux des antispasmodiques et des ocytociques dans un but prophylactique et curatif des anomalies de la contraction utérine, grâce enfin à l'administration systématique d'oxygène lors du travail. La période d'expulsion se voit aussi raccourcie par l'usage systématique du vacuum extractor chez la primipare. Or, c'est bien pendant cette période d'expulsion que le fœtus court le maximum de risques d'anoxie.

BUT DE NOTRE TRAVAIL

L'application effective de cet ensemble de mesures prophylactiques et thérapeutiques, notamment en ce qui concerne la législation de protection maternelle et infantile débute en 1945 environ. Elle délimite donc deux périodes distinctes dont notre travail doit tenir compte. Nous étudierons systématiquement les cas d'hémorragies intra-crâniennes relevées à la Clinique Obstétricale de Lyon sur deux fractions de trois ans.

Le premier laps de temps intéressera la fin de la première période, c'est-à-dire les années 1943, 1944 et 1945.

La seconde fraction, la plus récente possible, intéressera les années 1958, 1959 et 1960.

Pour chacun de ces deux groupes d'observations, nous étudierons en premier lieu :

— les hémorragies méningées diagnostiquées dans les suites de la naissance. Notre critère, outre les données cliniques étant constitué par la présence de sang hémolysé dans le liquide céphalo-rachidien.

Nous en déterminerons la fréquence.

A travers leur évolution nous jugerons de leur gravité, et pour les cas mortels nous nous rapporterons autant que possible aux données de l'autopsie.

Pour leur étude étiologique, les observations seront divisées en deux catégories selon qu'il y eut ou non intervention obstétricale, en nous efforçant de préciser l'ensemble des facteurs traumatiques ou médicaux, associés ou isolés, qui président à l'apparition de l'hémorragie méningée.

— Un second chapitre concernera les hémorragies méningées découvertes par l'autopsie systématique des nouveau-nés morts dans la période péri-natale.

RELEVÉ DE NOS OBSERVATIONS POUR LES ANNÉES 1943 - 1944 - 1945

Au cours de ces trois années, sur un total de 5.114 accouchements, on note 22 hémorragies intra-crâniennes dont 14 évoluèrent vers la mort, soit une fréquence globale de 0,42 % et une mortalité absolue de 63,5 %.

- 18 survinrent dans les suites d'interventions obstétricales ;
- 4 succédèrent à des accouchements simples.

I. — Etude des hémorragies méningées succédant une intervention obstétricale (18 observations)

Nous diviserons ces 18 observations en deux groupes, selon qu'elles comprennent ou non une dystocie majeure, maternelle ou fœtale.

A. — Les hémorragies intra-crâniennes succédant à une intervention obstétricale

OBS. 1. — Enfant Ser..., décembre 1943, obs. n° 1.539.

- Primigeste de 35 ans. Régée à 17 ans, 1 m. 44, bassin généralement rétréci.
Syphilis secondaire en cours de traitement.

- Accouchement déclenché 15 jours après terme. Utérus hypertonique. Arrêt de la progression. Emission de liquide méconial. Forceps à la partie moyenne de l'excavation. Durée du travail : 14 heures.
- Enfant débile de 2.500 gr., né étonné. Réanimé.
- H.M. traduite dès la naissance par une petite raideur généralisée, un plafonnement.
- Evolution rapide au 3^e jour, malgré les P.L. décompressives, vers l'hyperthermie, la déshydratation, les convulsions et la mort.
- Autopsie non pratiquée.

OBS. 2. — Enfant Deg..., avril 1943, obs. n° 474.

- III^e pare de 38 ans. 2 forceps. Avortements fréquents. B.W. négatif.
- Accouchement à terme en présentation de l'épaule. Version podalique. Grande extraction et forceps sur tête dernière.
- Enfant : 3.240/420 gr. Né étonné. Crie après 5 minutes.
- H.M. fruste après intervalle libre. Petite hyperthermie, plafonnement.
Aggravation rapide au 5^e jour malgré les P.L. décompressives qui ramènent du sang pur.
Décès au 7^e jour.
- Autopsie : non pratiquée.

OBS. 3. — Enfant Degu..., juin 1943, obs. n° 647.

- IV^e pare de 43 ans, sans antécédent.
- Accouchement provoqué à terme révolu de 8 jours pour bassin de type aplati et enfant volumineux.
Version par manœuvres internes. Forceps sur tête dernière.
- Enfant : 3.500/600 gr. Mort apparente. Réanimé pendant 45 minutes.
- H.M. : P.L. dès la naissance ramène un L.C.R. sanglant.
- Evolution. Hyper-excitabilité, hypertonie et hyperthermie régressent peu à peu sous l'influence des P.L. décompressives et Gardénal.
Sort au 13^e jour en excellent état.

OBS. 4. — Enfant Pat..., janvier 1944, obs. n° 72.

- Primipare de 33 ans.
- Accouchement dystocique : siège décomplété sur tumeur prævia (kyste ovarien).
Grande extraction du siège difficile et longue, forceps sur tête dernière.
- Enfant : état de mort à la naissance. Réanimation inopérante.
- Autopsie : hémorragie périlobaire.

OBS. 5. — Enfant Gri..., obs. n° 196.

- III^e pare de 31 ans, sans antécédents. Bons accouchements. Bonne grossesse.
- Accouchement prématuré au 6^e mois en siège avec dystocie. Relèvement des bras. Col contracté sur tête dernière. (durée 10 h. 15).
- Enfant : état de mort à la naissance. Réanimation inopérante. Autopsie : hémorragie sous-tentoriale.

OBS. 6. — Enfant Lou..., 1944, obs. n° 538.

- II^e pare de 31 ans. 1^{er} accouchement en 1936. 1 F.C.
Néo du col traité en 1942, par Radium. B.W. négatif.
- Accouchement gémellaire prématuré de 8 mois. Agglutination du col. Dilatation manuelle.
1^{er} jumeau : expulsé 8 minutes. Poids : 1.500 gr.
2^e jumeau : 1.750 gr. Grande extraction du siège, dystocie de la tête dernière par rétraction du col. Né cyanosé.
- Les deux enfants décèdent en 24 heures.
- Autopsie : atteste chez le 2^e jumeau l'existence d'une H.M. temporo-pariétale.

OBS. 7. — Enfant Ber..., 1944, obs. n° 1825.

- II^e pare de 29 ans. 1^{er} accouchement par forceps. Bassin rond limite.
- Accouchement à terme. Arrêt de la progression.
— 2 tentatives de forceps ;

- version difficile par manœuvres internes ;
- relèvement des bras réduit par un Deventer ;
- forceps sur tête dernière. (durée 14 h. 45. Expulsion 2 h. 45).
- Enfant : 3.520/620 gr. Né étonné. Réanimé en 10 minutes.
- H.M. : apparue après intervalle libre de 36 heures, traduite par petite dyspnée. La P.L. ramène un liquide sanglant.
- Evolution : excellente sous l'influence des P.L. décompressives.
Sort le 11^e jour en excellent état.

OBS. 8. — Enfant Per..., 1945, obs. n° 1.133.

- 1^{er} geste de 22 ans, sans antécédent. B.W. négatif.
Bassin généralement rétréci.
- Accouchement spontané à terme, mais arrêt de la progression en bas de l'excavation.
Forceps rapide, facile. Durée totale 27 heures.
- Enfant : 3.100/550 gr., crie aussitôt.
- H.M. authentifiée dès la naissance par une P.L. sanglante.
- Evolution : Décès brutal sans aucun signe à la 24^e heure.
- Autopsie : H.M. de la fosse cérébrale postérieure sans autres signes macroscopiques.

OBS. 9. — Enfant Bo..., 1945, obs. n° 1.267.

- 1^{er} geste de 25 ans, sans antécédent.
Bassin généralement rétréci et un peu asymétrique ; de plus, hérédité alcoolique probable.
- Accouchement à terme.
Rupture de la poche des eaux à 5 cm.
Emission de liquide méconial.
Forceps à la partie haute de l'excavation.
- Enfant : 3.100 gr., 1 circulaire cervical. Né en état de mort apparente. Réanimé péniblement en une heure.
- H.M. authentifiée dès la naissance par une P.L. hémorragique.
- Evolution : décès à la 11^e heure.

OBS. 10. — Enfant Poz..., septembre 1945, obs. n° 1.338.

- 1^{er} geste de 25 ans. Bassin un peu transversalement rétréci.

- Accouchement spontané à terme. Travail lent.
Forceps à la partie moyenne de l'excavation.
Dystocie des épaules.
- Enfant : 3.600/700 gr. Etat de syncope blanche. Cœur faible et irrégulier. Réanimé pendant une heure.
- H.M. authentifiée dès la naissance par la P.L.
- Evolution : décès à la 10^e heure.

B. — Hémorragies méningées survenant à la suite d'interventions obstétricales pour dystocies moyennes ou mineures.

Nous relevons 8 observations.

OBS. 11. — Enfant No..., janvier 1943, obs. n° 112.

- Primipare de 21 ans. Bonne grossesse.
- Accouchement à terme. Rupture de la poche des eaux.
Travail lent : surmenage maternel (29 h. 15).
Forceps à la partie moyenne de l'excavation.
- Enfant : 3.000/620 gr. Pied bot congénital.
- H.M. grave dès la naissance. Hyperthermie, cyanose, convulsions généralisées.
P.L. ramenant un L.C.R. gelée de groseille.
- Evolution : régression des signes sous l'influence des P.L. répétées. Sort guéri au 20^e jour.

OBS. 12. — Enfant Gri..., 1944, obs. n° 190.

- 1^{re} pare de 24 ans. Grossesse gémellaire bivitteline.
- Accouchement prématuré à 7 mois. Deux sièges. Deux manœuvres de Mauriceau.
- Enfants : 1^{er} : 1.220 gr., né étonné. Réanimé.
Décédé après 48 heures. Autopsie : R.A.S.
2^e : 1.490 gr., né étonné, pâle et flasque.
Décédé à la 24^e heure.
- L'autopsie montre l'existence d'une H.M.

OBS. 13. — Enfant Gos..., mars 1943, obs. n° 296.

- 1^{er} geste de 29 ans, sans antécédent.
- Accouchement prématuré à 7 mois 1/2. Grande extraction du siège avec forceps sur tête dernière. Durée du travail : 9 h. 15.
- Enfant : 2.350 gr. Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche. Paralyse du plexus brachial gauche. Etat de mort apparente. Réanimé.
- H.M. de symptomatologie fruste mais précoce. P.L. confirmative dès la naissance.
- Evolution favorable quant aux signes neurologiques.
Décédé le 20^e jour dans un tableau de bronchite capillaire.
- Autopsie : on ne retrouve plus trace d'hémorragie méningée. Seul existe un engouement broncho-pulmonaire.

OBS. 14. — Enfant Fer..., mai 1943, obs. n° 597.

- Primigeste. Antécédents : diphtérie.
- Accouchement prématuré à 8 mois, spontané. Grande extraction du siège. Durée totale : 20 heures.
- Enfant : mort peu après la naissance. P.L. hémorragique.
- H.M. confirmée par l'autopsie.

OBS. 15. — Enfant Gil..., janvier 1944, obs. n° 51.

- II^e pare : 1 forceps. 1 fausse-couche.
- Accouchement à terme. Forceps sur la partie haute de l'excavation pour arrêt de la progression, sans signe de souffrance.
- Enfant : en état de mort apparente. Réanimé pendant plus de 10 minutes. P.L. hémorragique.
- Evolution : décès à la 24^e heure dans un tableau de cyanose.
- Autopsie : H.M. + broncho-pneumonie.
A signaler, malformations multiples : pieds-bots congénitaux. Distorsion céphalique.

OBS. 16. — Enfant Fau..., 1944, obs. n° 1.724.

- 1^{re} pare de 24 ans, sans antécédent.
- Accouchement à terme. Arrêt de la progression. Forceps difficile et long à la partie haute de l'excavation.

Durée du travail : 44 heures. Expulsion : 2 heures.

- Enfant : état de mort apparente. Réanimé pendant 30 minutes.
- H.M. authentifiée dès la naissance par une P.L. hémorragique.
- Evolution : quelques accès convulsifs mineurs le 2^e jour, mais guérison clinique et biologique au 10^e jour.

OBS. 17. — Enfant Per..., juillet 1945, obs. n° 1.133.

1^{re} pare de 28 ans, sans antécédent. Bonne grossesse.

- Accouchement à terme. Rupture artificielle des membranes à 5 cm. avec émission de liquide méconial.
Forceps à la partie haute de l'excavation sans incident.
- Enfant : état de mort apparente. Réanimé pendant 10 minutes et présentant par la suite de petits accès de cyanose.
La P.L. pratiquée dès la naissance confirme l'H.M.
- Evolution : favorable. Quitte le Service au 10^e jour en excellent état.

OBS. 18. — Enfant Da..., septembre 1945, obs. n° 1.446.

- 1^{er} geste de 20 ans. Bonne santé habituelle.
- Accouchement à terme. Rupture prématurée de la poche des eaux. Forceps difficile et long à la partie moyenne de l'excavation du fait du volume de la tête.
De plus, on constate au dégagement l'existence d'un circulaire cervical serré.
- Enfant : 4.000/750 gr., en état de mort apparente. Réanimé pendant 30 minutes.
- H.M. attestée dès la naissance par une P.L. hémorragique.
- Evolution : décès à la 39^e heure au cours d'une crise de cyanose.
- Autopsie : crâne ossifié mais pas d'enfoncement. Epanchement de la fosse cérébrale postérieure et de la région pariétale droite avec hématome cérébelleux.
Pas d'autres lésions organiques.

II. — Les hémorragies méningées dans les suites d'accouchements simples

Nous avons recueilli 4 observations.

OBS. 19. — Enfant Vac..., janvier 1943, obs. n° 13.

- Primigeste âgée. Bonne grossesse.
- Accouchement spontané à terme en 18 heures 15. Emission de liquide méconial pendant le travail.
- Enfant : 3.560/580 gr., né cyanosé. Crie après 1 minute.
H.M. : traduite dès la naissance par une hypertonie généralisée chez un enfant par ailleurs vigoureux.
A la P.L., liquide xanthochromique.
- Evolution favorable. Sort le 12^e jour en excellent état.
A signaler : bifidité du pouce gauche.

OBS. 20. — Enfant Fau..., février 1943, obs. n° 209

- Primigeste de 27 ans, sans antécédent Bonne grossesse.
- Accouchement prématuré à 7 mois 1/2 à domicile.
Enfant débile simple de 1.750 gr., sans tare décelable tout paraissant normal.
- H.M. attestée par une P.L. systématique effectuée dès la naissance et qui ramène un liquide groseille.
- Evolution favorable. Sort au 20^e jour en excellent état.

OBS. 21. — Enfant Bul..., 1944, obs. n° 673.

- Primigeste de 28 ans, sans antécédent.
- Accouchement spontané à terme, simple et rapide.
- Enfant : 2.040/600 gr. Signes de grande débilité, sans affection caractérisée. Né étonné. Crie après 2 minutes.
H.M. apparue au 5^e jour. Traduite par une raideur.
- Au 11^e jour : stabilisation.

Au 16^e jour : aggravation brutale, convulsions et décès

Cet enfant présentait en plus des signes radiologiques d'ostéochondrite, une agénésie cérébrale (l'encéphale étant réduit au cervelet et à l'isthme).

Par ailleurs, B.W. négatif.

OBS. 22. — Enfant Gab..., octobre 1945, obs. n° 1.565.

Il^e pare de 25 ans, sans antécédent, ayant accouché spontanément à terme, à son domicile. Aucun signe de souffrance n'était noté par la sage-femme.

— Enfant : à la naissance, état de mort apparente.

Par la suite : crises de cyanose.

Entre dans le Service au 2^e jour. 2.500 gr.

— H.M. traduite par de petites crises convulsives faciales, plafonnement oculaire. flacidité.

P.L. : liquide légèrement teinté.

B.W. : négatif chez la mère et l'enfant.

— Evolution régulière vers l'amélioration sous l'influence des P.L. journalières.

Sort du Service le 12^e jour en excellent état.

RELEVÉ DE NOS OBSERVATIONS
POUR LES ANNEES 1958 - 1959 - 1960

Au cours de ces trois années, sur un total de 9.009 accouchements, on note 26 hémorragies intra-crâniennes diagnostiquées cliniquement, soit une fréquence globale de 0,27 %.

12 d'entre elles évoluèrent vers la mort, soit une mortalité absolue de 45,6 %.

- 11 de ces hémorragies survinrent dans les suites d'interventions obstétricales ;
- 15 succédèrent à des accouchements simples.

**I. — Etude des hémorragies intra-crâniennes
succédant à une intervention obstétricale (11 cas)**

Dans 8 observations il s'agissait d'une dystocie majeure.

Dans 3 observations il s'agissait d'une dystocie moyenne ou mineure.

A. — Hémorragies méningées et dystocie majeure

OBS. 23. — Enfant Par..., mars 1960, obs. n° 575.

- II^e pare, II^e geste. Bonne santé habituelle.
- Bassin déformé, non rétréci. Gros enfant en présentation du siège.

- Accouchement : lent sous perfusion de post-hypophyse.
Abaissement prophylactique du pied.
Petite extraction du siège. Champetier sur tête dernière.
- Enfant : 4.000/720 gr. Etat de mort apparente. Réanimé pendant plus de 15 minutes.
La P.L., dès la naissance, ramène un liquide très hémorragique.
- Hémorragie méningée : à symptomatologie fruste, pâleur, petits cris douloureux.
- Evolution : satisfaisante sous l'influence du traitement médical (cortisone, antibiotiques, vit. K) et des P.L. décompressives.
- Sort du Service au 20^e jour en excellente état.

OBS. 24. — Enfant Mo..., 1958, obs. n° 2.743-44.

- Primipare de 25 ans. Cyphose dorsale. Bassin basculé oblique.
Grossesse gémellaire bivitelline.
Pyélonéphrite en fin de grossesse.
Indication de déclenchement au 8^e mois.
- Accouchement :
 - 1^{er} fœtus : 2.500 OIDA. Forceps simple. Crie tout de suite.
Excellent état.
 - 2^e fœtus : présentation transversale, version podalique par manœuvres internes.
Hémorragie méningée traduite dès la naissance par de petits cris et une cyanose péri-buccale. Traitement classique.
- Evolution : apparition de convulsions au 12^e jour. Passe dans le Service du Professeur Bernheim où l'on assiste au développement d'une hydrocéphalie secondaire entraînant la mort au 2 mois.

OBS. 25. — Enfant Nu..., septembre 1958, obs. n° 2.085.

- III^e pare, III^e geste, sans antécédent.
- Accouchement commencé à domicile.
- Hospitalisée pour arrêt de la progression à la partie supérieure de l'excavation.
- Forceps laborieux en OIGT et sur bassin très probablement aplati.
- Enfant : 4.100 gr. Crie tout de suite, vigoureux. Petits traumatismes cutanés superficiels.

- H.M. fruste après latence de 48 heures. Petite raideur.
La P.L. ramène un liquide xanthochromique.
- Evolution favorable vers la guérison clinique. Sort en excellent état au 15^e jour.

OBS. 26. — Enfant Lu..., janvier 1959, obs. n° 86.

- III^e pare, III^e geste de 31 ans. Antécédents d'iso-immunisation, Rhésus pour le 2^e enfant.
Bassin aplati généralement rétréci.
Actuellement, grossesse hétérogène. Indication de césarienne prophylactique au 8^e mois.
- Enfant : 1^o grand débile de 2.890 grammes.
2^o hépatosplénomégalie. Test de Combs + + + + dans le sang du cordon. Erythroblastose à 27 %.
- 3^o hypertonie des membres inférieurs. Absence des réflexes néo-nataux. La P.L. dès la naissance ramène un liquide hémorragique.
- Traitement : 2 exsanguino-transfusions à 5 jours d'intervalle.
P.L. décompressives. Cortisone, puis A.C.T.H.
Pénicilline, gardénal et vit. K.
- Evolution : aggravation au 2^e jour (convulsions et accès de cyanose).
Par la suite, régression des signes neurologiques.
Sort du Service au 40^e jour en excellent état. Foie et rate normaux. Examens de sang satisfaisants. R.A.S. au point de vue neurologique.

OBS. 27. — Enfant Cre..., juillet 1960, obs. 1714.

- I^{re} pare, 1^{er} geste de 33 ans, sans antécédent.
Bassin rétréci transversalement et asymétrique.
- Epreuve du travail à terme révolu de 13 jours, arrêt de la progression et souffrance fœtale.
Forceps laborieux et Zarate.
- Enfant : 3.300 grammes. Respire tout de suite mais ne crie pas.
Réanimé pendant plus de 5 minutes.
Présente des traces de traumatisme superficiel intéressant la face.
- H.M. : convulsions récidivantes après phase de latence de 48 heures.
- Evolution : Pas d'amélioration nette. Décès au 5^e jour.

OBS. 28. — Enfant Deb..., septembre 1960, n° 2160.

- III pare de 36 ans, en bonne santé, sans antécédent.
- Accouchement à terme à domicile.
Procidence du cordon entraînant une souffrance fœtale grave et longue, et ayant débuté une heure avant l'admission dans le Service.
Forceps à la partie supérieure de l'excavation.
- Enfant : 3.400 grammes. Etat de mort apparente. Réanimation supérieure à 5 minutes.
- H.M. diagnostiquée à la 48^e heure (cris plaintifs, raideur)
- Evolution rapidement satisfaisante. Sort du Service le 9^e jour en excellent état.

OBS. 29. — Enfant Ca..., novembre 1960, obs. n° 2.682.

- I^{re} pare de 22 ans, sans antécédent. Bassin rétréci.
- Accouchement : épreuve du travail à terme. Arrêt de la progression avec signes de souffrance fœtale (B.C. irréguliers. Forceps difficile au 1/3 moyen de l'excavation.
- Enfant : 2.500 gr. Etat de mort apparente. Réanimation sup. à 5 minutes.
- H.M. : patente dès la naissance, confirmée par P.L.
- Evolution : décès à la 36^e heure.
- Autopsie : fracture du pariétal gauche et rupture de la tente du cervelet.

OBS. 30. — Enfant Bi..., novembre 1960, obs. n° 2.630.

- V^e pare. En 1958, césarienne pour placenta prævia. Actuellement, placenta prævia avec hémorragie grave survenant à terme.
- Césarienne.
- Enfant : 2.600 gr., en état de mort apparente. Réanimation longue (1 heure).
- H.M. d'emblée traduite par des convulsions généralisées et confirmée par la P.L.
- Evolution : décès à la 48^e heure.
- Autopsie : H.M. sus et sous tentoriale avec déchirure de la tente du cervelet.
Pas de malformation viscérale, poumons très congestifs.

B. — Hémorragies méningées et dystocies moyennes ou mineures (3 cas)

OBS. 31. — Enfant Au..., mai 1959, obs. n° 1.032.

- 1^{re} pare de 20 ans, sans antécédent. Grossesse prolongée vraie de 17 jours. Présentation du sommet.
- Accouchement : forceps rapide et simple pour souffrance fœtale au cours du travail. Durée totale : 16 heures.
- Enfant : 4.350 gr., né cyanosé, réanimé pendant 5 minutes, 57 centimètres, stigmates de post-maturité (desquamation, ossification ++).
- H.M. : dans les heures qui suivent la naissance, cyanose et convulsions qui rétrocedent par les P.L. décompressives répétées.
- Evolution : excellente et rapide vers la guérison. Enfant revu à 1 mois ; très éveillé, bon état.

OBS. 32. — Enfant Char..., février 1960, obs. n° 306.

- Malade présentant une méningite tuberculeuse grave à la phase d'état avec coma et anoxie progressive. (elle décèdera 8 jours après l'accouchement).
- Accouchement au pavillon P1. Forceps simple et rapide.
- Enfant de 2.600 gr. qui crie aussitôt.
- H.M. apparue après 48 heures de latence.
- Evolution : état longtemps stationnaire malgré le traitement.
L'enfant passe dans le Service du Professeur Bernheim.
Absence de contamination tuberculeuse. Amélioration progressive. L'enfant sort au 3^e mois en bon état.

OBS. 33. — Enfant..., 1959, obs. n° 1.452.

- 1^{re} pare âgée (37 ans). Deux interventions chirurgicales au cours de la grossesse. Au 4^e mois : laparotomie pour fibrome. Quelques jours après, iléostomie pour occlusion. (on manque de détails sur ces deux interventions).

- Rupture prématurée et spontanée de la poche des eaux plusieurs jours avant l'accouchement.
- Accouchement spontané à terme en présentation du siège. Petit Mauriceau sur tête dernière, sans incident.
- H.M. apparue après une latence de 36 heures.
- Evolution : décès au 13^e jour.
- Autopsie : H.M. diffuse.

II. — Etude des hémorragies intra-craniennes succédant à un accouchement simple (15 cas)

OBS. 34. — Enfant Ber..., janvier 1958, obs. n° 125.

- 1^{re} pare de 26 ans. Bonne santé habituelle.
- Accouchement prématuré à 8 mois par rupture de la poche des eaux. Travail rapide. Vacuum Extractor.
- Enfant : 2.250/430 gr. Crie aussitôt. Bonne vitalité mais se cyanose hors de la couveuse. La P.L. pratiquée le jour même confirme l'H.M.
- Evolution rapidement favorable, sort en excellent état au 12^e jour.

OBS. 35. — Enfant Char..., mars 1958, obs. n° 864.

- 1^{re} pare âgée (32 ans). Hérité psychique maternelle et collatérale. Présente en plus une luxation congénitale de la hanche droite.
- Accouchement spontané à terme, rapide, sans incident, en présentation du sommet.
- Enfant : sain de 3.750/700 gr.
- H.M. fruste cliniquement et à la P.L.
- Evolution : rapidement satisfaisante, sort au 10^e jour en excellent état.

OBS. 36. — Enfant Eti..., 1958, obs. n° 1.147.

- 1^{re} geste de 19 ans, bonne santé habituelle. Groupe O Rh —.
- Accouchement à terme. Arrêt des contractions à 5 cm. Post-hypophyse en perfusion intra-veineuse. Vacuum Extractor.

— Enfant : 3.250 gr. Crie aussitôt. Vigoureux. Ictère bénin.

— H.M. fruste et précoce : discrète raideur, petite cyanose.

Evolution rapidement satisfaisante, après trois P.L.

Sort au 11^e jour en excellent état.

OBS. 37. — Enfant Tord..., juin 1958, obs. n° 1.283.

Grande multipare (7 accouchements à terme et normaux). Bonne santé habituelle.

— Accouchement spontané prématuré de 3 semaines. Présentation du sommet. Travail rapide.

— Enfant : 3.580 gr., né cyanosé, mais criant aussitôt. Présente une fracture de la clavicule.

— H.M. traduite dès la naissance par une cyanose évoluant par crises. P.L. confirmative.

De plus, association d'un ictère prolongé précoce sans incompatibilité sanguine. Infiltration œdémateuse.

Evolution : la mère sort de sa propre autorité au 8^e jour. Enfant amélioré mais non guéri.

OBS. 38. — Enfant Cham..., 1958, n° 1.838.

— Grande multipare de 36 ans. Bonne santé habituelle.

— Accouchement spontané à terme en 26 heures.

— Enfant : 3.660 gr. Respire bien mais ne crie pas.

— H.M. traduite dès la naissance par hypotonie marquée et cyanose.

— Evolution rapide vers la mort en 24 heures.

OBS. 39. — Enfant Coh..., août 1958, obs. n° 1.758.

— Primigeste de 15 ans, sans antécédent.

— Accouchement spontané un mois avant terme. Dilatation longue. Expulsion rapide (durée totale 51 h. 40).

Pas de médication particulière.

— Enfant : 2.700 gr. Prématuré débile. Crie aussitôt.

Pâleur et œdèmes diffus non étiquetés.

— H.M. d'intensité moyenne (raideur, respiration superficielle).

— Evolution : satisfaisante. Régression et disparition des signes en 18 jours.

OBS. 40. — Enfant Mal..., 1958, obs. n° 1.843.

- Grande multipare de 39 ans. Gros enfants.
Présentation en sommet.
- Accouchement provoqué à terme à domicile ; poursuivi dans le Service avec perfusion I.V. de post-hypophyse. (durée 19 h. 15).
- Enfant : 4.140 gr. Crie aussitôt, mais cyanosé.
- H.M. grave. Symptomatologie respiratoire et signes de défaillance cardiaque.
- Evolution : Exitus au 4^e jour.
- Autopsie : H.M. sans malformations.
- Bilan sérologique maternel et foetal : rien à signaler.

OBS. 41. — Enfant Ben..., 1958, obs. n° 1.846. .

- II^e pare de 20 ans, sans antécédents majeurs.
- Accouchement prématuré à 7 mois 1/2 en présentation du sommet. Travail rapide et sans incident (durée 4 h. 15).
- Enfant : 2.150 gr. Crie tout de suite, mais se cyanose et gémit, ceci dès la naissance.
- Evolution vers la guérison. Sort au 26^e jour en excellent état.

OBS. 42. — Enfant Piot..., 1958, obs. n° 2.115.

- Primigeste de 25 ans. Bonne santé habituelle.
- Accouchement prématuré à 7 mois 1/2 effectué à domicile.
- Enfant : 1.600 gr., décède quelques heures après la naissance.
- Autopsie : H.M. sans autres détails.

OBS. 43. — Enfant Bui..., 1958, obs. n° 2.059.

- VII pare de 27 ans. Bonne santé habituelle.
- Accouchement spontané à terme, en présentation du sommet. Rapide. Sans incident.
- Enfant : 3.820 gr. Vitalité + + + Crie tout de suite.
- H. M. grave apparue après 24 heures de latence : contracture, plafonnement, hyperthermie.

- Evolution : discordance entre persistance de la raideur et la clarification du liquide céphalo-rachidien.
Entre dans le Service du Professeur Bernheim.
Sort au 45^e jour en excellent état.

OBS. 44. — Enfant Fay..., 1959, obs. n° 1.816.

- II^e pare de 23 ans. Aucun antécédent. Grossesse précédente R.A.S.
- Accouchement spontané à terme sans incident, en 16 heures.
- Enfant : 3.800 gr. Crie tout de suite.
- H.M. : apparaît après une latence de 10 heures. Gémissements et hypotonie s'aggravant d'heure en heure.
- Evolution : Passe dans le Service du Professeur Bernheim. Régression rapide des signes.
Sort au 6^e jour en excellent état.

OBS. 45. — Enfant Bena..., 1960, obs. n° 494.

- Primigeste de 16 ans sans antécédents.
- Accouchement spontané prématuré à 6 m. 1/2 (durée 10 h.).
- Enfant : 1.490 gr. Etat de mort apparente. Réanimé pendant plus de 5 minutes.
- Evolution : Décès à la 8^e heure.
- Autopsie : Pas de malformations. Epanchement hémorragique péri-cérébral sus et sous tentorial sans rupture de la faux. Donc, lésions anoxiques.

OBS. 46. — Enfant Dau..., Mai 1960, obs. n° 1.003.

- II^e pare de 23 ans. Bonne santé habituelle.
- Accouchement prématuré à 7 m. 1/2. Rapide (en 4 h. 15), sans incident.
- Enfant : 2.000 gr., vigoureux. Crie aussitôt.
- H.M. de symptomatologie précoce et fruste : simples gémissements. La P.L. confirme l'H.M.
- Evolution : Malgré les P.L. décompressives, coagulants, cortisone et calmants, l'enfant décède à la 36^e heure.
- Autopsie : Hémorragie méningée anoxique. Non traumatique.

OBS. 47. — Enfant Mon..., juin 1960, obs. n° 1.330.

- IV^e pare, V geste de 38 ans.
Antécédents : pleurésie en 1935 ; abcès du poumon en 1950.
- Accouchement spontané à terme sans incident et en 14 h. 30.
Cependant émission du liquide méconial.
- Enfant : 3.500 gr. Etat de mort apparente. Réanimé pendant 15 minutes.
- H.M. traduite précocement par cris plaintifs, cyanose, tension des fontanelles et liquide rosé à la P.L.
- Evolution : Décès à la 5^e heure.
- Autopsie ; non pratiquée.

OBS. 48. — Enfant Pou..., Septembre 1960, obs. n° 2.181.

- I^{re} pare, âgée (32 ans). Sans antécédent.
Dysgravidie avec H.T.A. Suivie et traitée en consultation externe. Sans incident majeur.
- Accouchement spontané au voisinage du terme, rapide (10 h. 50) et sans incident.
- Enfant du type fœtus araignée (2.080 gr.). Crie après 4 min. de réanimation. Vigoureux cependant et donnant bonne impression.
- H.M. : Après 24 heures de latence, apparition de crises convulsives subintrantes. La P.L. ramène un liquide jaunâtre.
- Evolution : Décès à la 48^e heure.
- Autopsie : Congestion méningée avec hémorragie sous-tentoriale, sans déchirure de la tente.
Aucune malformation viscérale.

III. — Les hémorragies méningées découvertes à l'autopsie

*(Hémorragies asymptomatiques et Hémorrâgies
chez les mort-nés)*

Nous avons relevé 33 cas dont voici les résumés d'observations.

OBS. 49. — Enfant Mor..., 1958, obs. n° 300, page 411 du Registre d'Autopsies.

- Mère pré-diabétique.

- Accouchement prématuré à 8 mois, par rupture spontanée précoce de la poche des eaux.
- Mort du fœtus au cours du travail.
- Nécropsie : suffusion sero-hémorragique de la fosse cérébelleuse.
Par ailleurs, épanchement pleural et péricardique.
Épanchement sanguin intra-péritonéal d'origine hépatique.

OBS. 50. — Enfant Mar..., 1958, obs. n° 206, p. 414, Reg. Autopsies.

- Accouchement prématuré de 2 jumeaux de 900 et 1.100 gr.
- B.W. négatif. Toxoplasmose, réactions : + +
- Autopsie : 1^{er} jumeau : suffusion méningée séro-hémorragique.
2^e jumeau : H.M. nette avec important hématome.

OBS. 51. — Enfant Krov..., 1958, p. 434, Reg. Autopsies

- VII^e grossesse. Epreuve du travail courte pour bassin rétréci de mauvais pronostic. Enfant mort pendant le travail.
- Autopsie : Hématome sous-durémérien du volume d'une paume de main sans rupture de la tente du cervelet.

OBS. 52. — Enfant Al..., obs. n° 465, p. 422 Reg. Autopsies.

- Enfant mort pendant le travail à la suite d'une procidence du cordon sur bassin aplati.
- Autopsie : H.M. anoxique associée à une hémorragie pulmonaire.

OBS. 53. — Enfant Mai..., 1958, obs. n° 918, p. 436 Reg. Autopsies.

- Grossesse prolongée de 22 jours
- Mort de l'enfant in utero avant le travail.
- B.W. négatif.
- Autopsie : gros enfant de 4.300 gr.
Suffusion vasculaire cérébrale d'origine anoxique

OBS. 54. — Enfant Pes..., obs. n° 1.487, p. 450, Reg. Autopsies.

- Mère porteuse d'une cardiopathie mitrale non décompensée.
- Accouchement spontané à terme en siège. Petite extraction du siège facile.
- Enfant mort à la naissance, non réanimé.
- Autopsie : Bel enfant.
H.M. de la loge cérébelleuse, isolée, expliquant certainement la mort.

OBS. 55. — Enfant Tie..., 1958, obs. n° 1.579, p. 1, Reg. Autopsies.

- Grossesse prolongée de 17 jours chez une 1^{re} pare.
- Emission de liquide méconial. B.C. négatifs à dilatation complète Vacuum Extractor sur fœtus mort.
- Fracture en dents de scie du pariétal droit, parallèle au sinus longitudinal.
- H.M. de part et d'autre de la faux du cerveau.

OBS. 56. — Enfant Gui..., Sept. 1958, p. 7 du Reg. Autopsies.

- Accouchement prématuré à 7 mois chez une femme atteinte de néphropathie gravidique compliquée de décollement placentaire.
- Autopsie : H.M. minime de la fosse cérébelleuse.

OBS. 57. — Enfant Piot..., 1958, obs. 2.115, p. 10, Reg. Autopsies.

- Accouchement prématuré à 7 m. 1/2, effectué à domicile.
- Enfant mort quelques heures après la naissance.
- Autopsie : cerveau congestif avec petits caillots disséminés particulièrement dans la fosse cérébelleuse.

OBS. 58. — Enfant Bre..., 1958, n° 2.288, p. 17, Reg. Autopsies.

- Epaule négligée. L'enfant est mort à la réception dans le Sce.
- Autopsie : H.M. de part et d'autre de la faux du cerveau. Gros caillots dans la fosse cérébelleuse.

OBS. 59. — *Enfant Coch...*, 1958, n° 2.355, p. 19, Reg. Autopsies.

- Dysgravidie avec albuminurie importante, œdèmes et H.T.A. ; De plus, obésité.
- Accouchement à terme. Forceps pour arrêt de la progression. Dystocie des épaules.
- Autopsie : Gros enfant adipeux. Céphalhématome, mais pas de fracture. H.M. importante. Association d'une hémorragie péritonéale.

OBS. 60. — *Enfant Pra...*, Nov. 1958, p. 30, Reg. Autopsies.

- Accouchement commencé à domicile. Fœtus mort pendant le travail par décollement placentaire probable.
- Autopsie : H.M. importante et diffuse chez un enfant ayant souffert d'anoxie.

OBS. 61. — *Enfant Tod...*, 1958, n° 2.945, p. 43, Reg. Autopsies.

- Accouchement prématuré au 7^e mois après décollement prématuré du placenta chez une femme porteuse d'une hypertension artérielle, mais indemne de tout signe de dysgravidie.
- Souffrance fœtale grave. Enfant mort-né.
- Autopsie : Cerveau normal mais L.C.R. sanglant. Donc, H.M. anoxique.

OBS. 62. — *Enfant Cle...*, 1959, n° 127, p. 50, Reg. Autopsies.

- Accouchement 15 jours après terme. Travail long. Emission de liquide méconial.
- Enfant : Bonne vitalité. Crie aussitôt. Mort subite à la 6^e h.
- Autopsie : Hémisphère droit très congestif avec sérosité sanglante. Rien dans la fosse cérébelleuse. Donc, H.M. d'origine anoxique chez un enfant fragilisé par la post-maturation et un travail long.

OBS. 63. — *Enfant Bru...*, 1959, n° 331, p. 55, Reg. Autopsies.

- Accouchement 23 jours après terme. Travail lent. Perfusion I.V. de post-hypophyse.

- Enfant né en état de mort apparente. Réanimation inopérante. Décès à la 11^e heure.
- Autopsie : H.M. avec petits caillots faisant hernie sur la tente du cervelet.
Lésions associées : suffusions hémorragiques pulmonaires et myocardiques.

OBS. 64. — Enfant Dem..., 1959, n° 352, p. 56, Reg. Autopsies.

- Accouchement prématuré à 7 m 1/2 sans incident.
- Enfant grand débile de 2.000 gr. Mort subite au 2^e jour.
- Autopsie : Cerveau congestif avec petits caillots sur l'hémisphère gauche et sur la tente du cervelet.

OBS. 65. — Enfant Vac..., 1959, n° 1.274, p. 79, Reg. Autopsies.

- Accouchement prématuré à 7 m. 1/2 d'un nouveau-né débile qui meurt en quelques heures.
- Autopsie : Congestion cérébro-méningée avec hémorragie cérébrale. Association de lésions congestives pulmonaires.

OBS. 66. — Enfant Conc..., 1959, n° 2.094, p. 94, Reg. Autopsies.

- Accouchement prématuré à 8 mois, rapide et sans incident.
- Enfant : prématuré, hypotrophique ayant vécu 2 jours.
- Autopsie : H.M. minime de la fosse cérébrale postérieure.

OBS. 67. — Enfant Had..., 1959, n° 2.340, p. 97, Reg. Autopsies.

- Accouchement spontané à terme, rapide.
- Gros enfant de 4.700 gr., mort pendant le travail. Trois circulaires cervicaux serrés. Réanimation inopérante.
- Autopsie : très importante H.M. de la fosse cérébrale postérieure et de la cloison hémisphérique.

OBS. 68. — Enfant Mon..., Mai 1959, p. 104, Reg. Autopsies.

- Grossesse prolongée. Mort du fœtus au cours du travail.
- Autopsie : H.M. typique sus et sous-tentoriale avec déchirure de la tente du cervelet.

OBS. 69. — Enfant Ric..., 1959, n° 2.855, p. 115, Reg. Autopsies.

- Souffrance fœtale au cours d'un accouchement spontané à terme en présentation du siège. Petite extraction. Dystocie des bras par relèvement. Réanimation inopérante.
- Enfant de 3.800 gr. H.M. avec inondation sanguine importante surtout péri-cérébrale. Rupture traumatique de la faux du cerveau et de la tente du cervelet.

OBS. 70. — Enfant Tru..., 1959, n° 2.858, p. 120, Reg. Autopsies.

- Accouchement prématuré à 7 mois, rapide, sans incident.
- Enfant : grand débile, décédé au 5^e jour.
- Autopsie : H.M. massive péri-cérébrale sus et sous tentoriale avec début d'organisation de l'hématome au niveau des zones temporales en particulier.

OBS. 71. — Enfant Roc..., 1960, n° 229, p. 128, Reg. Autopsies.

- Epreuve du travail pour bassin rétréci. Perfusion I.V. de post-hypophyse. Souffrance fœtale pendant le travail.
Forceps simple.
Enfant mort-né.
- Autopsie : H.M. péri-cérébrale sus et sous tentoriale avec déchirure de la tente du cervelet.

OBS. 72. — Enfant An..., 1960, n° 235, p. 129, Reg. Autopsies.

- Accouchement prématuré chez une femme atteinte de néphropathie gravidique avec décollement prématuré du placenta normalement inséré. B.W. négatif.
- Enfant : grand débile qui meurt à la 6^e heure.
- Autopsie : H.M. très importante sus et sous tentoriale et péri-cérébrale. Petite dilacération de la tente du côté droit.

OBS. 73. — Enfant Pui..., 1960, n° 280, p. 132, Reg. Autopsies.

- Souffrance fœtale au cours du travail par latérocidence.
Forceps.

- Enfant en état de mort apparente. Deux circulaires cervicales serrées. Réanimation supérieure à 5 minutes. Décès à la 28^e heure.
- Autopsie : H.M. importante et diffuse plus nette au-dessus de la tente du cervelet, mais avec caillots péri-bulbaires et fissuration de la tente.

OBS. 74. — Enfant Bou..., 1960, n° 401, p. 138, Reg. Autopsies.

- Accouchement prématuré à 7 mois sans incident.
- Nouveau-né débile décédé au 5^e jour.
- Autopsie : petit hématome sus et sous tentorial en voie d'organisation.

OBS. 75. — Enfant Cor..., 1960, n° 562, p. 143, Reg. Autopsies.

- Accouchement prématuré à 7 m. 1/2, par rupture précoce des membranes, rapide, sans incident.
- Enfant : grand débile de 1.300 grammes, décédé à la 3^e heure.
- Autopsie : petit caillot rond bien délimité à la base du cervelet.

OBS. 76. — Enfant Lap..., 1960, n° 745, p. 148, Reg. Autopsies.

- Accouchement prématuré à 7 mois. Présentation transversale. Version par manœuvres internes facile.
- L'enfant crie aussitôt mais présente des signes de grande débilité. Décès au 4^e jour.
- Autopsie : Petit épanchement sanguin sus et sous tentorial, sans déchirure nette de la tente.

OBS. 77. — Enfant Dau..., 1960, n° 1.003, p. 151, Reg. Autopsies.

- Néphropathie gravidique avec pré-éclampsie.
- Accouchement provoqué 15 jours avant terme, sans incident.
- Enfant hypotrophique de 2.000 gr., mais vigoureux.
Décès rapide à la 48^e heure dans un tableau de cyanose.
- Autopsie : A l'ouverture du crâne, écoulement sanguinolent qui conduit à un petit caillot au niveau de la tente du cervelet.

OBS. 78. — Enfant Roy..., 1960, n° 1.665, p. 171, Reg. Autopsies.

- Accouchement prématuré à 6 mois à domicile.
- Enfant décédé à la 5^e heure.
- Autopsie : Epanchement de sang rouge provenant d'un vaisseau de la base du crâne rompu au-dessus de la tente du cervelet.

OBS. 79. — Enfant Nod..., 1960, n° 2.157, p. 177, Reg. Autopsies.

- Grossesse gémellaire bivittelline.
- Accouchement prématuré à 7 mois. Décès du 2^e jumeau en quelques heures.
- Autopsie : Cerveau congestif avec œdème et exsudation abondante, légèrement hémorragique.

OBS. 80. — Enfant Ham..., 1960, n° 2.762, p. 198, Reg. Autopsies.

- Ménage nord-africain consanguin. B.W. négatif.
Polymortalité infantile habituelle.
- Accouchement spontané à terme sans incident d'un bel enfant un peu cyanosé, qui meurt en 24 heures.
- Autopsie : H.M. discrète, sans autres signes.

OBS. 81. — Enfant Rut..., 1960, n° 2.799, p. 200, Reg. Autopsies.

- Mère atteinte d'un néo du col.
- Césarienne à 7 m. 1/2, après début de travail. Aucun incident.
- Enfant débile de 2.650 gr., décédé au 2^e jour dans un tableau de cyanose aiguë.
- Autopsie : On mentionne sans commentaire l'existence d'une H.M.

— Abréviations employées :

- H.M. : Hémorragie méningée.
- P.L. : Ponction lombaire.
- B.C. : Bruits du cœur.
- H.T.A. : Hypertension Artérielle.
- I.V. : Intra-veineuse.

ANALYSE DES OBSERVATIONS DE LA PREMIERE PERIODE

(1943, 1944 et 1945)

I. — Fréquence

Pour un total de 5.114 accouchements nous avons relevé 22 cas d'hémorragies intra-crâniennes.

Soit une fréquence globale de 0,42 %.

II. — Etiologie

A. — Hémorragies intra-crâniennes et interventions obstétricales

(18 observations, 13 évolutions mortelles)

a) HÉMORRAGIES INTRA-CRANIENNES ET DYSTOCIES MAJEURES (10 observations, 8 décès)

Dans l'ensemble, les manœuvres obstétricales effectuées furent longues et laborieuses. On compte 4 forceps, 5 versions par manœuvres internes avec forceps sur tête dernière, et 1 dystocie du col sur tête dernière.

— 2 fois ces manœuvres furent motivées par une *souffrance fœtale préalable* (obs. 1 et 9). On relève 2 décès.

— 4 fois elles s'associent à des *causes médicales favorissantes* dont : 1 cas de débilité avec syphilis maternelle en cours de traitement (obs. 1) ;

1 cas d'accouchement gémellaire prématuré (obs. 6) ;

1 cas d'hérédité alcoolique probable, plus circulaire cervical serrée (obs. 9);

1 cas de prématuration simple (obs. 5).

On note 4 décès.

— Dans 6 autres observations, le *traumatisme mécanique* est seul en cause, et particulièrement net et grave dans 3 cas (obs. 4, 7 et 10). On constate 4 évolutions mortelles.

b) HÉMORRAGIES INTRA-CRANIENNES ET DYSTOCIES MOYENNES OU MINEURES.

(8 observations, 5 évolutions mortelles)

Dans l'ensemble le geste obstétrical fut simple et rapide. On compte 5 forceps, 1 version par manœuvres internes avec grande extraction, 2 grandes extractions du siège.

— 2 fois l'indication d'intervention était portée sur l'existence, soit d'une *souffrance fœtale préalable* (obs. 17), soit d'une *souffrance maternelle* (obs. 11). Ces 2 cas évoluent du reste favorablement.

— 1 *circulaire cervical serré* se surajoute au traumatisme dans l'observation 18 (évolution mortelle).

— 3 observations attestent l'existence d'une *cause médicale aggravante* : prématuration dans les observations 13 et 14, accouchement gémellaire prématuré dans l'observation 12 (les 3 évolutions sont mortelles).

B. — Hémorragies intra-crâniennes et accouchements simples

(4 observations, 1 cas mortel)

Ces 4 observations ne mentionnent aucun signe majeur de souffrance fœtale ou maternelle pendant l'accouchement. Celui-ci se déroule de façon simple et rapide.

— *Causes médicales favorisantes* : il semble qu'on puisse retenir la fréquence des dystrophies fœtales (obs. 19 et 21), asso-

ciées ou non à la prématuration (obs. 20) et à la débilité (obs. 21). De plus, 4 fois, il s'agit de primipares dont l'âge est voisin de 30 ans.

On relève une seule évolution mortelle chez un enfant par ailleurs non viable, présentant une agénésie cérébrale (obs. 21).

III. — Gravité

— *Aspect de l'enfant à la naissance :*

- 7 fois l'enfant naît étonné ou cyanosé (obs. 1, 2, 6, 7, 12, 19 et 21) ;
- 11 fois on constate un état de mort apparente nécessitant une réanimation ;
- 2 fois l'enfant naît en parfait état (obs. 8 et 20).

— *Temps d'apparition de l'hémorragie. :*

- 3 fois l'enfant décède lors des manœuvres (obs. 5, 4 et 14) ;
- 16 fois l'hémorragie méningée est authentifiée dès la naissance, cliniquement et par la P.L. ;
- 3 fois elle apparaît après un intervalle libre de 24 à 48 heures dans les observations 2 et 7, de 4 jours dans l'observation 21.

— *Mortalité :*

On compte :

- 3 mortinatalité (obs. 4, 5 et 14) ;
- 8 mortalités secondaires avant le 3^e jour (obs. 1, 6, 8, 9, 10, 12, 15 et 18) ;
- 2 décès tardifs après le 7^e jour (obs. 2, 21).

N.B. — Dans l'observation 13, le décès survenu au 20^e jour peut être imputé à une cause intercurrente (bronchite capillaire). On ne retrouve plus trace de l'hémorragie méningée à l'autopsie.

— Enfin, 8 hémorragies évoluent vers la guérison clinique (obs. 3, 7, 11, 16, 17, 19, 20 et 22). On ignore cependant quelles furent les suites éloignées.

Ce total de 14 décès représente :

- 63,5 % de la somme des hémorragies intra-crâniennes ;
- 10,3 % de la mortalité globale des 3 années envisagées ;
- 0,25 % du totale des naissances.

ANALYSE DES OBSERVATIONS DE LA SECONDE PERIODE

(1958, 1959 et 1960)

I. — Fréquence

Pour un total de 9.009 accouchements, nous avons relevé 26 cas d'hémorragies intra-crâniennes.

Soit une fréquence globale de 0,27 %.

II. — Etiologie

A. — Hémorragies intra-crâniennes et interventions obstétricales

(11 observations, 5 évolution mortelles)

a) HÉMORRAGIES INTRA-CRANIENNES ET DYSTOCIES MAJEURES.

(8 observations, 4 évolutions mortelles)

Il y eut 4 forceps, 2 césariennes, 1 version podalique par manœuvres internes, 1 petite extraction du siège.

Les 8 observations font état, pour la plupart, de manœuvres difficiles et longues. Essayons de déterminer leur part exacte de responsabilité.

— Dans 3 observations l'indication est posée sur une *souffrance fœtale préalable* (obs. 27, 28 et 29). Mais dans 2 cas (obs. 27 et 29) le geste obstétrical prend une place prépondérante, de par les difficultés qu'il rencontre : il s'agissait de dystocies osseuses majeures. On note 2 décès.

Par contre, dans l'observation 28, il vient interrompre une souffrance fœtale grave déterminée par une latérocidence du cordon. Son rôle est donc ici très relatif dans la genèse des accidents hémorragiques. L'évolution se fera du reste vers la guérison.

— Des *causes médicales favorisantes* se rencontrent dans 3 autres observations (obs. 24, 26 et 30). Il s'agit de causes graves vis-à-vis desquelles le traumatisme mécanique passe au second plan.

Obs. 24 : Pyélonéphrite maternelle et accouchement prématuré (évolution mortelle tardive de l'H.M.).

Obs. 26 : Maladie hémolytique du nouveau-né par iso-immunisation Rhésus (césarienne prophylactique au 8^e mois). L'H.M. est d'apparition précoce, antérieure aux deux exsanguino-transfusions, et évolue vers la guérison.

Obs. 30 : Hémorragie maternelle grave par placenta praevia au début du travail (césarienne), décès de l'enfant à la 48^e h.

— Enfin, dans les observations 25 et 23, l'acte obstétrical est seul en cause et particulièrement grave pour expliquer l'apparition d'hémorragies intra-crâniennes. Celles-ci évoluent par ailleurs vers la guérison.

b) HÉMORRAGIES INTRA-CRANIENNES ET DYSTOCIES MOYENNES OU MINEURES.

(3 observations, 1 évolution mortelle)

On relève 2 forceps et 1 manœuvre de Mauriceau. Dans les 3 cas, l'intervention est rapide et simple. De plus, elle est toujours associée à une *cause médicale favorisante*.

Obs. 31 : Forceps pour souffrance fœtale préalable chez un gros enfant post-mature.

Obs. 32 : Forceps pour état d'anoxie maternel grave.

Obs. 33 : Primipare âgée, deux interventions chirurgicales pendant la grossesse. Rupture de la poche des eaux plusieurs jours avant l'accouchement.

Une place non négligeable revient donc à ces trois facteurs médicaux dans la genèse de l'hémorragie intra-crânienne. On note 1 décès tardif (obs. 33).

c) HÉMORRAGIES INTRA-CRANIENNES ET VACUUM-EXTRACTOR.

Nous relevons deux observations où le vacuum-extractor fut utilisé (obs. 34 et 36).

Dans la 1^{re} observation, il s'adressait à un fœtus prématuré (8 mois).

Dans la 2^e observation, il intervenait au terme d'un accouchement particulièrement lent par hypotonie utérine, et ayant nécessité une perfusion I.V. de post-hypophyse.

Il ne semble pas qu'il ait pu à lui seul déterminer l'apparition d'hémorragie intra-crânienne. Celles-ci, du reste, s'avèrent frustes et d'évolution rapidement favorable.

B. — Hémorragies intra-crâniennes et accouchements simples

(15 observations, 7 décès)

11 observations, parmi les 15 relevées, mentionnent l'existence de *facteurs médicaux favorisants* :

— 7 accouchements prématurés (obs. 34, 37, 39, 41, 42, 45 et 46 ;

On relève dans ce groupe 3 évolutions mortelles précoces.

— 1 dysgravide avec néphrite hypertensive (obs. 48). L'enfant mourra avant le 2^e jour.

— 1 hérédité psychique du côté maternel (obs. 25) : guérison.

— Enfin, 2 accouchements non dystociques mais à travail lent, nécessitent une perfusion I.V. de post-hypophyse (obs. 36 et 40), 1 évolution mortelle.

Dans 4 observations, rien n'était à noter, ni chez la mère, ni chez l'enfant, et l'accouchement s'effectuait sans incident (obs. 38, 43, 44 et 47). Ici, il semble que l'on doive faire appel à une anoxie à minima, non traduite. Il y eut 2 évolutions mortelles.

III. — Gravité

— *Aspect de l'enfant à la naissance.*

8 fois l'enfant naît en état de mort apparente et nécessite une réanimation égale ou supérieure à 5 minutes.

3 fois on constate une cyanose importante.

A deux reprises, l'enfant naît étonné.

Dans 13 observations, le nouveau-né crie aussitôt après la sortie des voies génitales.

— *Temps d'apparition de l'hémorragie méningée.*

18 observations font état d'un diagnostic dès la naissance avec confirmation par la P.L.

Dans 6 observations, les signes cliniques d'H.M. apparaissent après une latence qui va de 10 à 48 heures (obs. 25, 27, 28, 32, 33, 43, 44, 48).

— *Mortalité.*

on relève :

10 décès secondaires dont 8 dans les 48 premières heures et 2 entre le quatrième et cinquième jours (obs. 27 et 40).

2 décès tardifs : l'un au treizième jour (obs. 33) et l'autre au deuxième mois, consécutif à une hydrocéphalie secondaire (obs. 24).

14 guérisons cliniques dont on ne connaît cependant pas l'avenir éloigné.

Il y eut en somme 12 évolutions mortelles.

Ce chiffre représente :

46 ‰ du total des hémorragies intra-crâniennes ;

4,17 ‰ de la mortalité globale durant les 3 années envisagées ;

et 0,14 ‰ du total des naissances pendant la même période.

ETUDE COMPARATIVE ET SYNTHETIQUE DES DEUX PERIODES

I. — Fréquence absolue

Tous les critères diagnostiques étant identiques, nous notons une diminution sensible de la fréquence des hémorragies méningées néo-natales.

Lors des années 1943, 1944, 1945, cette fréquence représente 0,42 % du total des naissances.

Lors des années 1958, 1959 et 1960, elle n'en représente plus que 0,27 %. Ce dernier chiffre est approximativement inférieur d'un tiers au précédent.

II. — Les facteurs étiologiques

Le traumatisme mécanique

Première période : les 5/6^e des hémorragies intra-crâniennes reconnaissent une cause obstétricale mécanique et 7 fois sur 18, ce traumatisme s'adresse à des fœtus fragilisée par une cause médicale.

Deuxième période : les 3/5^e des hémorragies surviennent au décours d'une intervention obstétricale, et 5 fois sur 11, le traumatisme s'applique à des fœtus fragilisés par un facteur médical.

On assiste donc à une nette diminution du rôle mécanique dans la 2^e période, et la proportion de causes mixtes, mécaniques et médicales à la fois, reste par ailleurs à peu près iden-

tique. Quant aux suites immédiates, elles sont améliorées de façon notable puisque dans la 1^{re} période la mortalité représente 66,6 % des cas, alors qu'elle tombe à 45,4 % dans la seconde période.

Cette amélioration porte surtout sur le pronostic des causes mixtes car pour la première période, ces dites causes entraînent une mortalité de 100 %, alors que dans la deuxième période elles ne déterminent qu'une mortalité de 20 %.

Quoique moins fréquent, le traumatisme obstétrical n'a pas totalement disparu. L'opérateur se trouvant conduit à une intervention rapide pour une souffrance fœtale, cette intervention s'avère difficile et traumatisante du fait d'une dystocie osseuse du détroit inférieur ou du détroit moyen ayant pu être méconnue, ou d'une anomalie utérine (utérus rétracté se comportant comme une ventouse sur la tête et les épaules du fœtus). C'est dans ce cas qu'il faut savoir arrêter la manœuvre obstétricale, la compléter par une symphysiotomie à la Zarate si les conditions s'en trouvent par ailleurs remplies, ou abandonnant le forceps, passer par voie haute (Trial Forceps).

Ainsi que le notait M. le Professeur Pigeaud dans son discours inaugural de la Société Nationale de Gynécologie et d'Obstétrique, en 1960 : « chaque année, en rapport avec 3.000 accouchements, j'estime que nous perdons 5 ou 6 enfants de traumatisme imputable à un manque de personnel ou à une anesthésie défectueuse (intervention trop tardive ; épreuve du travail trop prolongée ; application de forceps qui avait paru facile et qui s'est avérée laborieuse ; agitation désordonnée d'une femme mal endormie, au moment même où s'effectue une manœuvre obstétricale délicate).

Deux de nos hémorragies intra-crâniennes de la seconde période entrent dans ce cadre.

Les causes médicales

Du fait de la diminution des causes obstétricales, le nombre de facteurs médicaux isolés augmente relativement dans la seconde période.

Première période : 1/6^e seulement des observations mentionne une cause médicale isolée. Il s'agit en outre pour bon nombre de cas, de facteurs héréditaires ou de tares anatomiques (dystrophie des membres, agénésie cérébrale) s'associant à la prématurité et à la débilité.

Deuxième période : plus de la moitié des hémorragies intra-crâniennes relève d'une cause non traumatique. En premier lieu, nous trouvons la prématurité (7 cas sur 15). 1 hémorragie survient au cours d'une grossesse pathologique. 2 souffrances par anoxie sont notées lors d'accouchements simples mais lents. Enfin, l'hérédité psychique maternelle est à signaler sans qu'on puisse en déduire une fragilité fœtale héréditaire concernant la vascularisation cérébrale.

Dans 4 observations, l'hémorragie semble procéder d'une anoxie à minima lors du travail et non détectée cliniquement.

Il semblerait donc que dans un certain nombre de cas, le déterminisme de l'hémorragie intra-crânienne échappe à toute prophylaxie, soit que l'on se trouve en face d'une fragilité congénitale dont la nature exacte nous échappe (la fréquence de dystrophies fœtales, la primiparité âgée associées à des accidents hémorragiques a déjà été signalée par plusieurs auteurs : Thèse de Roigt, Lyon, 1941), soit qu'un facteur anoxique survienne au cours d'un accouchement simple, de façon discrète, fortuite, et non traduite par des signes d'alarme même minimes.

Il n'en reste pas moins vrai que les principales victimes de l'anoxie restent les prématurés

III. — Comparaisons pronostiques

Globale

— Lors de la 1^{re} période, les décès par hémorragies intra-crâniennes représentent 10,3 % de l'ensemble de la mortalité.

— Lors de la deuxième période, ils n'en représentent plus que 4,17 %

Relative à l'étiologie

Première période : pour 18 interventions obstétricales, on relève 12 hémorragies intra-crâniennes mortelles, soit 66,6 %.

Deuxième période : pour 11 interventions obstétricales, on relève 5 hémorragies mortelles, soit 45,5 %.

Cette amélioration tient, comme nous l'avons vu plus haut, de la moindre mortalité des causes mixtes.

De plus, l'intervention elle-même perd de son caractère traumatisant.

Les causes médicales se retrouvent à l'état pur dans 15 observations de la deuxième période, ces 15 cas comportent 7 évolution mortelles, soit 46,2 %.

**ETUDE DES OBSERVATIONS
CONCERNANT LES HÉMORRAGIES INTRA-CRÂNIENNES
DECOUVERTES A L'AUTOPSIE SYSTEMATIQUE**

(33 observations)

Pour établir une comparaison correcte, nous avons fait abstraction jusqu'à présent des hémorragies intra-crâniennes découvertes à l'autopsie systématique en cas de mort périnatale. Leur étude apporte cependant des éléments intéressants, et permet de rapporter à leur véritable cause, nombre de décès qui, jusqu'alors, n'étaient pas étiquetés de façon précise.

Il s'agit d'Hémorragies asymptomatiques ou découvertes chez des mort-nés.

I. — Fréquence

Les 33 observations rapportées représentent à elles seules :

- 0,36 % du nombre total d'accouchements des trois dernières années.
- 11,45 % du nombre total de décès survenus dans la même période.

II. — Etiologie

a) Dans 7 observations, l'hémorragie intra-crânienne apparaît dans les suites d'une intervention obstétricale (obs. 54, 59,

69, 71, 73, 76, 81).

2 fois le geste obstétrical est motivé par une souffrance fœtale pré-existante (obs. 71 et 73).

2 fois il s'agit d'une dystocie majeure :

Obs. 76 : Présentation de l'épaule.

Obs. 81 : Césarienne à 7 mois 1/2 pour néo du col.

Dans l'observation 59, il se surajoute une *dysgravidie avec œdèmes et hypertension*.

Enfin, dans les obs 54 et 69, il s'agissait d'une petite extraction du siège facile et rapide.

En somme, dans 4 observations seulement (soit 12 % des cas) le traumatisme peut être incriminé en tant que facteur prédominant. Par contre, dans les 3 observations 59, 71 et 73, il prend une responsabilité de second plan compte tenu d'une souffrance fœtale grave préalable ou d'un état dysgravidique sévère.

b) *Les Facteurs médicaux déterminants* groupent à eux seuls 28 cas sur 33.

● 1. En premier lieu 17 cas de *prématuration* parmi lesquels s'individualisent : 1 cas de césarienne sur fœtus prématuré (obs. 81) ;

2 accouchements gémellaires prématurés (obs. 50 et 79) ;

3 prématurations associées à une néphropathie gravidique (obs. 77, 72 et 56) ;

1 accouchement prématuré par décollement placentaire consécutif à une H.T.A. simple (obs. 61) ;

1 observation de pré-diabète maternel s'accompagnant d'un accouchement prématuré (obs. 49) ;

1 observation où l'on est amené, lors d'un accouchement prématuré à pratiquer une version par manœuvres internes (obs. 76) ;

● 2. Par ailleurs, on compte 5 cas de *post-maturation*. De l'étude de ces observations, se dégage une impression d'exceptionnelle fragilité fœtale. L'accident se déclenche très souvent in utero et semble évoluer avec une

rapidité qui dépasse nos moyens thérapeutiques. En effet : dans l'obs. 53, le fœtus meurt avant le travail ;

dans l'obs. 55, le décès survient très rapidement avant dilatation complète ;

dans l'obs. 63, pas de signes de souffrance manifeste, mais état de mort apparente à la naissance ;

obs. 68, on assiste à une mort fœtale rapide pendant le travail, ceci, sans traduction préalable ;

obs. 62, l'enfant meurt subitement à la 6^e heure après un accouchement long.

- 3. Dans 8 observations, une *souffrance fœtale* est notée pendant le travail traduisant de graves troubles anoxiques.

1 fois la cause exacte reste ignorée (obs. 69).

A la naissance on découvre, à deux reprises, deux circulaires cervicaux serrés (obs. 73, 67) ;

2 fois il s'agit d'une latérocidence ou d'une procidence du cordon (obs. 52, 73).

Obs. 54 : la mère est atteinte d'une cardiopathie cliniquement compensée cependant.

Dans l'obs. 51, la souffrance apparaît au cours d'un accouchement sur bassin rétréci de mauvais pronostic et le décès survient lors de l'épreuve de travail pourtant très courte.

Obs. 71 : souffrance au cours d'une épreuve du travail pour bassin rétréci sous perfusion de post-hypophyse I.V.

- 4. Notons enfin 3 observations isolées :

1 cas d'épaule négligée avec enfant mort à l'entrée dans le Service (obs. 58) ;

1 cas de néphrite hypertensive avec œdèmes par dysgravidie (obs. 59) ;

Enfin, 1 observation où l'on relève la consanguinité des géniteurs avec mort fœtale habituelle dans les heures qui suivent la naissance (obs. 80).

III. — Temps d'apparition du décès

Ces 33 observations comprennent :

- 3 décès in utero avant le travail ;
- 13 décès au cours du travail ;
- 19 décès après la naissance, dont 16 surviennent dans les 48 premières heures (on note 1 mort subite) dont 3 surviennent après 48 heures (on note ici aussi 1 mort subite).

IV. — Aspects anatomo-pathologiques de l'hémorragie intra-crânienne

1. Dans la majorité des cas (16 obs.), on est en présence d'une *suffusion hémorragique cérébro-méningée*, souvent discrète, s'associant à un œdème plus ou moins prononcé. 13 fois ces lésions prédominent dans la fosse cérébrale postérieure, 3 fois elles intéressent les hémisphères cérébraux.

A leur origine, le plus souvent, on trouve une anoxie isolée, non traumatique, et ce type de lésion se retrouve avec prédilection chez les prématurés.

2. Dans 10 observations on se trouve en présence de *caillots méningés ou corticaux*, petits et disséminés (obs. 57, 63, 64, 75 et 78) ou d'*hématomes cérébro-méningés*, parfois volumineux et compressifs (obs. 50, 51, 58 et 74). Souvent ces caillots ont pour point de départ la tente du cervelet et la faux du cerveau à la surface desquels ils font hernie (obs. 63, 64 et 77).

Ces types de lésions ne reconnaissent pas forcément une cause traumatique mécanique (obs. 50).

3. Enfin, une autre catégorie classique de lésions intéresse 7 de nos observations. Il s'agit de la *dilacération de la tente du cervelet* ou de la faux du cerveau, parfois discrète, souvent facile à déceler.

Dans 4 cas on trouve à leur origine une cause traumatique indiscutable (obs. 69, 71, 73 et 55) dont une fracture associée (obs. 55).

Dans 3 cas (obs. 72, 67, 78) il semble que ce soit là le stade ultime d'un processus d'éclatement vasculaire localisé.

V. — Cinq observations font état de lésions viscérales diverses associées.

Obs. 52 : hémorragie pulmonaire (il s'agissait d'une pro-
cidence du cordon).

Obs. 63 : suffusions hémorragiques pulmonaires et myo-
cardiques.

Obs. 65 : Lésions congestives pulmonaires (débilité).

Nous retrouvons là l'aspect de « poumon cérébral » décrit
par Ribadeau-Dumas.

Obs. 59 : hémorragie péritonéale (il s'agissait de forceps).

Obs. 49 : épanchement pleural et péricardique, de plus,
hémorragie péritonéale d'origine hépatique.

N.B. — Nous ne pouvons exposer ici que les données d'au-
topsies systématiques concernant les années 1958, 59,
60, car il nous fut impossible de retrouver les résul-
tats de vérifications concernant les années 1943, 44,
45 ; les registres ayant été égarés pendant cette
période troublée de fin de guerre.

CONCLUSIONS

Nous étudions les hémorragies intra-crâniennes du nouveau-né au cours de deux périodes de trois ans séparées par un intervalle de 15 ans (1943 à 1945 et 1958 à 1960), d'après les observations de la Clinique Obstétricale de Lyon.

Cette étude comparative porte sur la fréquence, l'étiologie et la gravité de ces hémorragies.

A. — En ce qui concerne la fréquence

Il a été relevé : 22 hémorragies intra-crâniennes correspondant à 5.114 accouchements pour la première période. Soit 0,42 ‰.

26 hémorragies intra-crâniennes correspondant à 9.009 accouchements pour la seconde période. Soit 0,27 ‰.

B. — Du point de vue étiologique

Les causes rencontrées ont été les suivantes :

I. CAUSES TRAUMATIQUES.

a) *Interventions obstétricales pour dystocies majeures :*

première période : 10 cas, soit 45,4 ‰ du total des hémorragies ;

deuxième période : 8 cas, soit 30,4 ‰ du total des hémorragies.

b) *Interventions obstétricales pour dystocies moyennes ou mineures :*

première période : 8 cas, soit 36 ‰ ;

deuxième période : 3 cas, soit 11,4 ‰.

Le forceps est le générateur principal, ceci dans une proportion de 52 %.

Dans aucune de nos observations de la deuxième période il n'a été relevé d'hémorragie imputable de façon formelle au Vacuum-Extractor.

Dans cet ensemble de causes traumatiques, on peut individualiser un certain nombre de *causes mixtes* (traumatiques et médicales) :

première période : 7 causes mixtes sur 18, soit 38,5 %,
deuxième période : 5 causes mixtes sur 11, soit 49 %.

La mortalité de ces causes mixtes est de 100 % dans la première période, de 20 % dans la seconde période.

2. CAUSES MÉDICALES isolées.

Première période : 4 observations, soit 18 % des cas,
Deuxième période : 15 observations, soit 57 % des cas.

Ces causes médicales comportent en premier lieu la prématuration, la débilité, puis la primiparité âgée associée fréquemment à des dystrophies fœtales, ensuite, la dysgravidie (néphrite hypertensive).

Dans la deuxième période, l'étiologie syphilitique n'est plus retenue comme cause importante d'accidents.

Dans 4 cas de la deuxième période, soit 15 % des hémorragies, il s'agit de lésions anoxiques à minima survenant chez des enfants sains, nés de mères saines, lors d'accouchements faciles.

C. — Pour la gravité :

Première période : sur 22 hémorragies intra-crâniennes, on note 14 évolutions mortelles. Soit :

- 63,5 % en mortalité absolue ;
- 10,3 % du total des décès survenus durant les trois années envisagées ;

— 0,25 % du total des naissances.

Deuxième période : sur 26 hémorragies intra-crâniennes, on relève 12 évolutions mortelles. Soit :

— 46 % en mortalité absolue ;

— 4,17 % du nombre total de décès ;

— 0,14 % du total des naissances.

Les hémorragies intra-craniennes découvertes à l'autopsie systématique

(Hémorragies asymptomatiques mortelles,
ou Hémorragies chez les mort-nés)

Elles comprennent 33 observations. Ce chiffre représente :

— 0,36 % du total des naissances pour les 3 dernières années ;

— 11,45 % du nombre total des décès.

A. — Etiologie

21 % relèvent d'un traumatisme mécanique grave ;

79 % relèvent de facteurs médicaux.

Ces facteurs médicaux énumérés selon leur importance comportent :

1° la prématurité (17 cas) ;

2° la post-maturité (5 cas) ;

3° les dysgravidies ou les néphrites hypertensives (4 cas) ;

4° le diabète maternel (1 cas).

Nous rapportons 1 observation où l'on note la consanguinité des géniteurs avec mort fœtale habituelle.

B. — Données anatomo-pathologiques

- Dans 48 % des cas, il s'agit d'une suffusion hémorragique sur fond œdémateux (type de la lésion anoxique).
- Dans 30 % des cas, il s'agit de caillots cérébro-méningés ou d'hématomes plus ou moins volumineux. Ils ne reconnaissent pas forcément une cause traumatique.
- Dans 22 % des cas, on note une dilacération de la tente du cervelet (7 cas). 4 fois consécutive à un traumatisme, 3 fois consécutive à des causes non traumatiques.

Au cours de ces trois dernières années, on assiste à une diminution de la fréquence et à une amélioration du pronostic des hémorragies intra-crâniennes. Mais parfois encore, elles surviennent dans les suites d'interventions qui s'avèrent traumatisantes alors que l'opérateur s'était engagé dans une application de forceps supposée facile, ou la main forcée par une urgence telle qu'une souffrance fœtale. C'est sur ce point qu'il semble que l'on puisse, par des indications thérapeutiques mieux posées, diminuer encore le risque d'hémorragie traumatique intra-crânienne chez le nouveau-né.

L'élimination de ces hémorragies traumatiques laisse apparaître un pourcentage beaucoup plus grand de causes médicales ; celles-ci ne diminueront que dans la mesure où l'on pourra lutter efficacement contre la prématuration et l'anoxie.

Vu :

Le Doyen,

H. HERMANN

Vu :

Le Président de la Thèse,

H. PIGEAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 Février 1961

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ

P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie antérieure à 1941, se référer à la Thèse de ROIGT J., Lyon, 1941., n° 20.

BROCHIER A. et GABRIEL H. — *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Souffrance et mort du fœtus in utero. Article 1956, pp. 5077. A10 5077 A30, 5077 A50.

DEBRÉ. — Hémorragies cérébro-méningées du nouveau-né. *Concours Médical* du 24 septembre 1955.

DECOPPET P. — *Thèse Marseille*, 1956, n° 116. Nouvelles recherches sur les Hémorragies Méningées du Nouveau-né et particulièrement du Prématuro.

FISCHER D. — *Thèse Lyon*, 1930-31. Neuf observation d'Hémorragies intra-crâniennes péri-bulbaires et péri-cérébelleuses chez le Nouveau-né.

GRUENWALD P. — Hémorragies cérébro-méningées chez les Prématuro et ses relations avec les différents facteurs d'agression à la naissance. *Am. Journ. Obst. Gyn.*, juin 1951, 61, n° 6, pp. 1285-1293.

HEISS H. et LECHNER H. — A propos des traumatismes cérébraux dans l'accouchement par forceps. *Geb. Frauenh.*, mai 1955, 15, n° 5, pp. 425-433.

HOUEL J.-E. — Hémorragies intra-crâniennes du nouveau-né après césarienne au début du travail. *Gyn. et Obst.*, 1947, 46, n° 1, 127.

KELLER R. — Les Hémorragies cérébro-méningées du nouveau-né. Réflexions sur leur prophylaxie. *Strasbourg Médical*, mars 1954, 5, n° 3, 121-124.

MAGNIN P. — Le rôle des rétrécissements pelviens dans la mortalité et la morbidité néo-natale. *Gynec. Obst.*, 1959, pp. 65 à 78.

MINKOWSKI A. — La prévention des hémorragies cérébro-méningées du Nouveau-né. *Sem. Hôp. Paris*, 10 avril 1950, 26, n° 27, 1275-1277.

- PIGEAUD H. — Trois observations d'hémorragie méningée chez des fœtus de 4-5 mois enfermés dans des œufs complets. *Ann Anat. Path.*, 1928, 655.
- PIGEAUD H. et CHARVET Fr. — Traumatismes obstétricaux chez les Nouveaux-nés. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 2, 1959, 5084 E10.
- POTTER E.-L. — Anatomie Pathologique du Fœtus et du Nouveau-né. *Year Book Publ. Edit.* Chicago, 1952.
- TASSOVATZ B. et TASSOVATZ S. — Hémorragies méningées du Nouveau-né. Pathogénie. Diagnostic. Traitement. *Gyn. et Obst.*, 1951, 50, n° 1, 76-84.
- TRÉLAT J. — *Thèse Paris*, 1952. Le Syndrome cérébro-méningé néonatal.

TABLE DES MATIERES

Introduction	11
But de notre travail	15
Relevé de nos observations pour les années 1943, 1944 et 1945	17
I. — Etude des hémorragies méningées succédant à une intervention obstétricale	17
II. — Les hémorragies méningées dans les suites d'accouchements simples	24
Relevé de nos observations pour les années 1958, 1959 et 1960	27
I. — Etude des hémorragies intra-crâniennes succédant à une intervention obstétricale	27
II. — Etude des hémorragies intra-crâniennes succédant à un accouchement simple	32
III. — Les hémorragies méningées découvertes à l'autopsie	36
Analyse des observations de la première période (1943, 1944 et 1945)	45
I. — Fréquence	45
II. — Etiologie	45
III. — Gravité	47
Analyse des observations de la seconde période (1958, 1959 et 1960)	49
I. — Fréquence	49
II. — Etiologie	49
III. — Gravité	52

Etude comparative et synthétique des deux périodes	55
I. — Fréquence absolue	55
II. — Les facteurs étiologiques	55
III. — Comparaisons pronostiques	57
Etude des observations concernant les hémorragies intra-crâniennes découvertes à l'autopsie systématique	59
Conclusions	65
Bibliographie	69

